

CONSENTIMIENTO DE WWC

PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL DE LA CLÍNICA

AGENCY #	CHART #	WWC #
----------	---------	-------

INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE: Lea esta página detenidamente antes de firmar a continuación.

APELLIDO	PRIMER NOMBRE	SEGUNDO NOMBRE	APELLIDO DE SOLTERA
ÚLTIMOS 4 NÚMEROS DE SU NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		FECHA DE NACIMIENTO	EDAD

Comprendo que al estar en Women's Wellness Connection (WWC), estoy de acuerdo con lo que está escrito en este formulario.

- Comprendo que WWC es un programa de salud de la mama y cervical. WWC no cubre los costos de atención que no están asociados con la mama o cerviz.
- WWC no paga algunas pruebas. WWC no paga NINGÚN tratamiento. He hablado con alguien de esta clínica acerca de las opciones que tengo y comprendo que es posible que tenga que pagar algunas pruebas y tratamiento.
- WWC tiene reglamentos acerca de la edad e ingresos de las mujeres que se unen al programa. He sido honesta respecto a mi edad e ingresos. No cuento con Medicaid ni la Parte B de Medicare. No tengo otro seguro médico que pagaría estas pruebas, además mi seguro médico tiene un deducible alto que no puedo pagar.
- Toda la información que he proporcionado a la clínica es verdadera hasta donde tengo conocimiento. Si digo a la clínica algo que no es cierto, es posible que no se me hagan estas pruebas y deba tener que pagar alguna prueba que ya haya tenido.
- Mi médico, clínica, hospital, laboratorio y centro de mamografía pueden compartir mi información con: _____ (nombre de la agencia contratista) y con el Women's Wellness Connection (WWC), un programa administrado por Colorado Department of Public Health and Environment (Departamento de Salud pública y ambiente de Colorado).
- Si estoy de acuerdo en participar en este programa, WWC recibirá alguna de mi información. Esto puede incluir resultados, costos de las pruebas médicas, seguro y otra información relacionada que sea necesaria para el tratamiento, pago y para administrar este programa. Esta clínica y WWC pueden ver mis registros médicos para obtener esta información. WWC es muy cuidadoso para mantener privada mi información.
- Comprendo que tengo el derecho de cambiar de opinión respecto a estar en WWC. Si cambio de opinión, le informaré a mi proveedor de atención médica por escrito y me retiraré de WWC únicamente cuando se reciba y registre el aviso. Comprendo que cualquier información compartida antes de mi retiro la deberá conservar WWC. Esa autorización vence en un año.
- WWC, quien paga el programa, considera la información de salud de mama y cervical de las mujeres que participan en el programa para ayudar a mejorar la salud de todas las mujeres. También consideran la información demográfica.
- Es posible que recibe cartas por correo para recordarme cuando sea momento de regresar con mi médico o a la clínica para realizarme pruebas o tratamiento.

Cuando firmo este formulario, estoy diciendo que comprendo lo que dice este formulario y que estoy de acuerdo con ello. También estoy de acuerdo en participar en este programa de salud de mama y cervical denominado Women's Wellness Connection.

Comprendo que al estar en Women's Wellness Connection (WWC), estoy de acuerdo con lo que está escrito en este formulario.

FIRMA

FECHA

NOMBRE (EN LETRA DE IMPRENTA)